

### 3. 福祉用具

#### 補装具費の支給

窓口：障がい福祉課 0725-99-8133

身体障がい者手帳を所持する人または難病患者等が身体上の障がいを補うための用具の購入・借受け・修理を行うための費用を支給します。

基準額までの1割が自己負担となりますが、

1か月あたりの負担が増えすぎないように、課税状況に応じた支払いの負担上限月額が設けられています。

なお、一定所得以上の場合は支給対象外となります。

※介護保険制度該当者は、原則的に介護保険の適用が優先されます。

自己負担額	市民税非課税世帯は自己負担なし 市民税課税世帯は1割負担
耐用年数	品目ごとに耐用年数が定められています。(例：車椅子・・・6年、補聴器・・・5年) 耐用年数内は原則として再支給できません。
必要書類	品目によって、補装具費支給に関する医学的意見書が必要な場合があります。

障がい種別	補装具の種目	品名
肢体不自由	義肢	義手、義足
	装具	上肢装具、体幹装具、下肢装具、
	車椅子★	普通型、手押し型等
	電動車椅子★	普通型、簡易型等
	歩行補助つえ★	カナディアンクラッチ、ロフストランドクラッチ等
	歩行器★	四輪型、固定型等
	その他	座位保持装置 座位保持椅子(児童のみ)、起立保持具(児童のみ)等
視覚障がい	眼鏡等	矯正眼鏡、コンタクトレンズ、弱視眼鏡、遮光眼鏡
	その他	視覚障がい者安全つえ、義眼
聴覚障がい	補聴器	ポケット型、耳掛け型等
	人工内耳	人工内耳用音声信号処理装置(修理のみ)
重度の肢体不自由 及び音声言語障がい	意思伝達装置	重度障がい者用意思伝達装置

★マークのある種目について：介護保険制度該当者は、介護保険サービスによる貸与が優先して適用されます。ただし、車椅子については、医師の意見書や障がい者自立相談支援センターの判定により身体状況等から既製品では対応できず、個別に製作する必要があると判断される場合には補装具費を支給することができます。

※難病患者等の場合は、病状に応じて必要な用具が支給対象となります。

※治療用装具の申請が可能なものについては、まずは加入の医療保険でご相談ください。

※労災保険の補装具費の支給対象となる人は、労働基準監督署にご相談ください。

## 大阪府難聴児補聴器交付事業

窓口：障がい福祉課 0725-99-8133

身体障がい者手帳の交付の対象とならない中度の難聴児に対して、  
言語及び生活適応訓練を促進するため補聴器を交付し、  
その福祉の増進を図ることを目的とする制度です。  
なお、修理は対象とはなりません。

対象者	申請書提出時点において18歳未満で、両耳の聴力レベルがそれぞれ60デジベル以上であり、身体障がい者手帳交付の対象とならない児童
補聴器の種類等	耳掛け型、ポケット型、耳穴型、イヤモールド
自己負担額	保護者の属する世帯の所得によって決定します。
耐用年数	5年 耐用年数内は原則として再交付できません。
必要書類	①補聴器交付申請書 ②補聴器交付支給意見書 ③補聴器の見積書 ④申請者が属する世帯全員の市町村民税課税証明書 または世帯全員の氏名の記載がある生活保護世帯受給証明書 ⑤検査料交付申請書 ⑥検査料領収書

## 和泉市軽度難聴児補聴器交付事業

窓口：障がい福祉課 0725-99-8133

身体障がい者手帳の交付及び大阪府難聴児補聴器交付事業の対象とならない軽度の難聴児に対して、  
言語及び生活適応訓練を促進するため補聴器を交付し、  
その福祉の増進を図ることを目的とする制度です。  
なお、修理は対象とはなりません。

対象者	申請書提出時点において18歳未満で、両耳の聴力レベルがそれぞれ30デジベル以上であり、障害者総合支援法に基づく補装具費の支給及び大阪府難聴児補聴器交付事業の対象とならない児童
補聴器の種類等	耳掛け型、ポケット型、耳あな型、イヤモールド
自己負担額	保護者の属する世帯の所得によって決定します。
耐用年数	5年 耐用年数内は原則として再交付できません。
必要書類	①補聴器交付申請書 ②補聴器交付支給意見書 ③補聴器の見積書

## 和泉市人工内耳用音声信号処理装置購入費助成事業

窓口：障がい福祉課 0725-99-8133

人工内耳を装用している18歳未満の障がい児に対して、人工内耳用音声信号処理装置の購入費を助成し、その福祉の増進を図ることを目的とする制度です。

対象者	市内に住所を有し、以下の全ての条件を満たす18歳未満の難聴児 ○本市の住民基本台帳に引き続き1年以上登録されていること。 ○聴覚の身体障がい者手帳の交付を受けていること。 ○現に人工内耳を装用していること。 ○現に装用している音声信号処理装置が装用後5年を経過していること。 ○購入する音声信号処理装置が医療保険による給付の対象とならないこと。
自己負担額	対象者世帯の課税状況により異なります。
耐用年数	5年 耐用年数内は原則として再助成できません。
必要書類	①人工内耳音声信号処理装置購入費助成申請書 ②身体障がい者手帳(写し) ③人工内耳装用者カード(写し) ④音声信号処理装置の見積書

## 日常生活用具の給付

窓口：障がい福祉課 0725-99-8133

日常生活が円滑に行われるために、

障がいの種別及び程度により、必要に応じて日常生活用具が給付されます。

原則として、基準額までの1割が自己負担となります。

ただし、1か月あたりの負担が増えすぎないように、課税状況に応じた支払いの負担上限月額が設けられています。

※介護保険制度該当者は、原則的に介護保険の適用が優先されます。

自己負担額	市民税非課税世帯は自己負担なし 市民税課税世帯は1割負担
耐用年数	品目ごとに耐用年数が定められています。(例：介護用ベッド・・・8年、頭部保護帽・・・2年) 耐用年数内は、原則として再給付できません。
必要書類	品目によって、日常生活用具給付意見書が必要な場合があります。

★マークのある種目について：65歳以上の人は高齢介護室で申請となります。

種目	対象者	対象年齢
介護用ベッド★	下肢または体幹機能障がい1、2級の者	学齢児以上の者
	難病患者等で、医師の意見書により寝たきりの状態であると認められる者	
訓練いす	下肢または体幹機能障がい1、2級の者	3歳以上 18歳未満
特殊マット★	下肢または体幹機能障がい1級の者で、常時介護を要するもの	学齢児以上の者
	重度の知的障がい者 難病患者等で、医師の意見書により寝たきりの状態であると認められる者	
特殊尿器★	下肢または体幹機能障がい1級の者で、常時介護を要するもの	学齢児以上の者
	難病患者等で、医師の意見書により自力で排尿できず、常時介護を要すると認められるもの	
体位変換器★	下肢または体幹機能障がい1、2級の者で、下着交換等に介助を要するもの	学齢児以上の者
	難病患者等で、医師の意見書により寝たきりの状態であると認められる者	
移動用リフト★	下肢または体幹機能障がい1、2級の者	学齢児以上の者
	難病患者等で、医師の意見書により下肢または体幹機能に障がいがあると認められる者	

種目	対象者	対象年齢
入浴リフト★	下肢または体幹機能障がい1、2級の者で、入浴に介助を要するもの	学齢児以上の者
入浴補助用具★	下肢または体幹機能障がい1～4級の者で、入浴に介助を要するもの	3歳以上の者
	難病患者等で、医師の意見書により入浴に介助を要すると認められる者	
便器・補高便座★	下肢または体幹機能障がい1、2級の者	学齢児以上の者
	難病患者等で、医師の意見書により排泄に介助を要すると認められる者	
T字状・棒状のつえ	平衡機能または下肢若しくは体幹機能障がい1～3級の者	年齢制限なし
移動・移乗支援用具★	平衡機能または下肢若しくは体幹機能障がい1～3級の者で、家庭内の移動等において介助を要するもの	3歳以上の者
	難病患者等で、医師の意見書により下肢が不自由であると認められる者	
頭部保護帽	平衡機能または下肢若しくは体幹機能に障がい有し、歩行や立位が不安定で頻繁に転倒する恐れのある者	年齢制限なし
	重度の知的障がい者で、てんかんの発作等により頻繁に転倒するもの	
	精神障がい者保健福祉手帳所持者で、てんかんの発作等により頻繁に転倒する者	
特殊便座	上肢機能障がい1、2級の者	学齢児以上の者
	重度の知的障がい者で、自ら排便後の処理が困難なもの	
	難病患者等で、医師の意見書により上肢機能に障がいがあると認められる者	
自動消火器	身体障がい1、2級または重度の知的障がい者（火災発生の感知及び避難が著しく困難な障がい者のみの世帯及びこれに準ずる世帯）	年齢制限なし
	難病患者等で、医師の意見書により必要と認められるもの（火災発生の感知及び避難が著しく困難な難病患者等のみの世帯及びこれに準ずる世帯）	
電磁調理器	視覚障がい1、2級の者で、視覚障がい者のみの世帯及びこれに準ずる世帯のもの	18歳以上の者
	重度の知的障がい者	
歩行時間延長信号機用小型送信機	視覚障がい1、2級の者	学齢児以上の者
聴覚障がい者用屋内信号装置	聴覚障がい2級の者で、聴覚障がい者のみの世帯及びこれに準ずる世帯のもの	学齢児以上の者

種目	対象者	対象年齢
透析液加温器	腎臓機能障がい1～3級の者で自己連続携帯式腹膜灌流法（CAPD）による透析療法を行うもの	3歳以上の者
ネブライザー （吸入器）	呼吸器機能障がい1～3級または同程度の身体障がい者で、医師の意見書により必要と認められるもの	学齢児以上の者
	難病患者等で、医師の意見書により呼吸器機能に障がいがあると認められる者	
電気式 たん吸引器	呼吸器機能障がい1～3級または同程度の身体障がい者で、医師の意見書により必要と認められるもの	学齢児以上の者
	難病患者等で、医師の意見書により呼吸器機能に障がいがあると認められる者	
電気式たん吸引器・ネブライザー 両用器	呼吸器機能障がい1～3級または同程度の身体障がい者で、医師の意見書により必要と認められるもの	学齢児以上の者
	難病患者等で、医師の意見書により呼吸器機能に障がいがあると認められる者	
動脈血中酸素飽和度測定器 （パルスオキシメーター）	心臓機能障がい若しくは呼吸器機能障がい者または同程度の身体障がい者で、医師の意見書により必要と認められるもの	学齢児以上の者
	難病患者等で、医師の意見書により人工呼吸器等の装着が認められる者	
酸素ポンプ 運搬車	医療保険における在宅酸素療法を行う者	18歳以上の者
視覚障がい者用体温計（音声式）	視覚障がい1、2級の者で、視覚障がい者のみの世帯及びこれに準ずる世帯のもの	学齢児以上の者
視覚障がい者用体重計	視覚障がい1、2級の者で、視覚障がい者のみの世帯及びこれに準ずる世帯のもの	学齢児以上の者
視覚障がい者用血圧計	視覚障がい1、2級の者で、視覚障がい者のみの世帯及びこれに準ずる世帯のもの	学齢児以上の者
人工呼吸器用自家発電機等	身体障がい1、2級の者で、医師の意見書により在宅での人工呼吸器の装着が認められるもの	年齢制限なし
携帯用会話補助装置	音声機能若しくは言語機能障がい者または肢体不自由者で、発声若しくは発語に著しい障がいがあるもの	学齢児以上の者
情報・通信支援用具	上肢機能障がいまたは視覚障がい1、2級の者	学齢児以上の者
点字ディスプレイ	視覚障がい1、2級の者で、聴覚障がい2級を併せ持つものまたは就労もしくは就学等の理由により必要と認められるもの	学齢児以上の者
点字器	視覚障がい1、2級の者	18歳以上の者
点字タイプライター	視覚障がい1、2級の者で、本人が就労若しくは就学をし、または就労が見込まれるもの	学齢児以上の者
視覚障がい者用ポータブルレコーダー	視覚障がい1、2級の者	学齢児以上の者

種目	対象者	対象年齢
視覚障がい者用活字文書読上げ装置	視覚障がい1、2級の者	学齢児以上の者
視覚障がい者用読書器	視覚障がい者で、本装置により文字等を読むことが可能になるもの	学齢児以上の者
暗所視支援眼鏡	視覚障がい者又は難病患者等で、網膜色素変性症等による夜盲症又は視野狭窄があり、中心視野が残存しているものであって、本装置を白杖と併用することで暗所視が改善し、日常の外出が容易になると見込まれることが医師の意見書により確認できるもの	12歳以上の者
視覚障がい者用時計	視覚障がい1、2級の者	18歳以上の者
視覚障がい者用ラジオ	視覚障がい1、2級の者	学齢児以上の者
聴覚障がい者用FAX	聴覚障がいまたは発声もしくは発語に著しい障がいをもつ者で、コミュニケーション、緊急連絡等の手段として必要と認められるもの	学齢児以上の者
聴覚障がい者用情報受信装置	聴覚障がい者で、本装置によりテレビの視聴が可能になる者	学齢児以上の者
人工喉頭	喉頭摘出者	年齢制限なし
	声門閉鎖または喉頭気管分離術等で永久的に音声機能を喪失した者で、医師の意見書により必要と認められるもの	
音声ICタグレコーダー	視覚障がい1、2級の者で、物の識別が困難な者	学齢児以上の者
点字毎日	視覚障がい者	18歳以上の者
点字図書	主に、情報の入手を点字によって行っている視覚障がい児・者	学齢児以上の者
ストマ装具	人工肛門または人工膀胱造設者	年齢制限なし
紙おむつ★	以下の①～⑤のいずれかに該当し、常時紙おむつ装用が必要なことが医師の意見書により認められる者	
	① 身体障がい者手帳1、2級若しくは下肢、体幹機能障がい3級又は療育手帳Aを有する者	学齢児以上の者
	② 治療によって軽快の見込みのないストマ周辺の皮膚の著しいびらん、ストマの変形のためストマ装具を装着することができない者	3歳以上の者
	③ 先天性疾患（先天性鎖肛を除く）に起因する神経障害による高度の排尿機能障がいをもつ者	
	④ 先天性疾患（先天性鎖肛を除く）に起因する神経障がい、又は先天性鎖肛に対する肛門形成術又は小腸肛門吻合術に起因する高度の排便機能障がいをもつ者	
⑤ 概ね3歳未満で発症した脳性麻痺等による脳原性の運動機能障がいをもつ、排泄の意思表示が著しく困難な者		

種目	対象者	対象年齢
収尿器	高度の排尿機能障がい、または同程度の障がいを有し、医師の意見書によりカテーテル留置または自己導尿の常時施行が必要な状態と認められる者	年齢制限なし
居住生活動作補助用具 (住宅改修) ※詳しくはP.26へ	<p>下肢、体幹機能障がいまたは乳幼児期以前の非進行形の脳病変による運動機能障がい(移動機能障がいに限る。)を有する者で障がい等級1～3級のもの(特殊便器への取替えをする場合は上肢障がい1、2級の者)</p> <p>難病患者等で、医師の意見書により下肢または体幹機能に障がいがあると認められる者</p>	年齢制限なし

## 大阪府小児慢性特定疾病児童日常生活用具給付事業

窓口：障がい福祉課 0725-99-8133

在宅の小児慢性特定疾病児童等に対し、特殊寝台等の日常生活用具を給付することにより、日常生活の便宜を図ることを目的とする制度です。

自己負担額	当該児童と生計を一つにする扶養義務者について、所得に応じて段階的に決定します。
耐用年数	品目ごとに耐用年数が定められています。 耐用年数内は原則として再給付できません。
必要書類	①日常生活用具給付意見書 ②小児慢性特定疾病医療受給者証
対象種目	便器、特殊マット、特殊便器、特殊寝台、歩行支援用具、入浴補助用具、特殊尿器、体位変換器、車椅子、頭部保護帽、電気式たん吸引器、クールベスト、紫外線カットクリーム、ネブライザー(吸入器)、パルスオキシメーター、ストーマ装具(消化器系)、ストーマ装具(尿路系)、人工鼻